

VARICELA: ESTIMATIVA DE INCIDÊNCIA NOS UTENTES INSCRITOS EM MÉDICOS-SENTINELA

ISABEL MARINHO FALCÃO

Direcção Geral da Saúde. Lisboa.

RESUMO

Em 1992, o Projecto *Médicos-Sentinela* manteve sob observação 215728 indivíduos, de entre os quais foram notificados 1270 casos de varicela. Com base nestes dados, foi estimada a taxa de incidência anual, por sexo e grupo etário. Para o sexo masculino, foram encontrados valores de 4172.2, 2190.3 e 1298.0 por 100 000, para os grupos etários 0-4, 5-9 e 10-14 anos, respectivamente; para o sexo feminino, os valores da taxa foram de 3894.3, 2379.7 e 1620.9 por 100 000 para os mesmos grupos etários. Foi notificada a hospitalização, por um período superior a 24 horas, de apenas 2 casos de varicela.

SUMMARY

Chicken Pox: incidence rate in patients enrolled in the *Médicos-Sentinela* project

During 1992, the *Médicos-Sentinela* Project surveilled about 215 728 persons, among which 1270 cases of chicken pox were notified. Upon these data, the annual incidence rate, by sex and age group, was estimated. For males, the rate was 4172.2, 2190.3 and 1298.0 per 100 000, respectively; for females, the rates were 3894.3, 2379.7 and 1620.9 per 100 000, for the same age groups. Two of the reported cases were hospitalized for more than 24 hours.

INTRODUÇÃO

A varicela, doença infecciosa altamente contagiosa que afecta cerca de 90% dos indivíduos expostos não imunizados, é, habitualmente, em indivíduos saudáveis, uma doença benigna cuja mortalidade é muito baixa. É nos doentes imunodeficientes, e nos adultos com zoster devida a reactivação de infecção latente de varicela, que a mortalidade atinge valores mais elevados¹.

A infecção atinge cerca de 90% dos indivíduos até aos 15 anos de idade, e tem, habitualmente, maior gravidade nos adultos do que nas crianças².

Segundo autores ingleses, as complicações da varicela, nos adultos do grupo etário 15-44 anos, ocorreram em 5% dos casos de doença, dos quais 35% originaram óbito. No grupo etário > de 45 anos, as complicações ocorreram em 0.5% dos casos e os óbitos em 39%³.

Na Escócia, um estudo realizado sobre surtos escolares de varicela e infecção durante a gravidez revelou que, desde 1988, tem havido surtos anuais de varicela alternadamente maiores e menores⁴.

A causa de morte mais frequente nos adultos saudáveis é a pneumonia viral primária; nas crianças são as complicações sépticas e as encefalites².

Assim, apesar da varicela ser uma doença habitualmente benigna, as complicações que pode provocar nos adultos e nos imunodeficientes, são, para os profissionais de saúde, motivo de preocupação e de reflexão sobre a maneira de as prevenir e tratar.

Desde 1974 que, em Osaka, uma vacina viva de vírus atenuados tem sido testada em adultos e crianças com imunodeficiências, tendo a sua segurança e eficácia sido reconhecidas, pelo que foi licenciada para uso geral no Japão e Coreia, e, em vários outros países, para uso nos doentes imunodeficientes. A sua utilização para a prevenção de *Zoster* nos mais idosos é outra possibilidade em estudo^{5,6}.

Desde então, noutros países, existe alguma controvérsia sobre as vantagens e riscos da aplicação da vacina, por rotina, as crianças saudáveis⁷⁻¹⁰.

Em Portugal a informação publicada sobre epidemiologia da varicela é muito escassa. O facto de ser uma doença habitualmente benigna em indivíduos saudáveis, e não ser de declaração obrigatória poder explicar parcialmente aquela escassez.

Assim, o objectivo principal deste estudo é estimar taxas de incidência da varicela nos utentes inscritos nos *Mé-*

cos-Sentinela que recorrem aos Centros de Saúde, que poderão ajudar a caracterizar a ocorrência daquela doença na população portuguesa.

MATERIAL E MÉTODOS

Origem dos dados - Os dados sobre varicela foram recolhidos durante o ano de 1992, através do *Projecto Médicos-Sentinela*. Trata-se de uma rede de mais de 200 médicos de clínica geral, espalhados por todo o território do continente, que notificam semanalmente, em regime estritamente voluntário, todos os casos de um certo número de doenças e situações relacionadas, ocorridos em utentes das suas listas. Estas listas de utentes são conhecidas em relação ao grupo etário e sexo.

Assim, cada médico notifica os casos de varicela ocorridos nos utentes da sua lista, informando ainda sobre o sexo e idade do utente, se ocorreu hospitalização ou óbito, e ainda, se considera, segundo o seu critério pessoal, que o diagnóstico de varicela é *certo* ou provável.

Análise dos dados - Foram considerados como varicela todos os casos notificados pelos médicos de família como tal, segundo os seus habituais critérios de diagnóstico. Serão calculadas as taxas de incidência anual por sexo e grupo etário, segundo a fórmula

$$\text{taxa incid. anual} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de varicela ocorr. em 1992}}{\text{População sob observação durante 1992}}$$

população *sob observação* significa que os médicos de família que lhe prestam cuidados de saúde estiveram *activos*. Quando isso não acontece, e o médico falta por doença, férias, etc, a respectiva lista de utentes não entra para o cálculo daquele denominador.

Óbito - Consideram-se óbitos todos os casos notificados como tal pelo médico de família, e de acordo com o seu conhecimento da situação.

Hospitalização - Considera-se que houve hospitalização quando o utente permaneceu num hospital (qualquer hospital) por um período de 24 horas ou mais.

Grau de Certeza do Diagnóstico - Considerou-se o diagnóstico de varicela como *certo* ou provável, de acordo com o critério pessoal do médico de família (diagnóstico *certo* não implica qualquer tipo de confirmação por meios complementares de diagnóstico).

População - A população que serviu de denominador ao cálculo das taxas de incidência foi calculada com base na população das listas de utentes dos *Médicos-Sentinela*¹².

RESULTADOS

Incidência por Idade e Sexo - Durante o ano de 1992 foram notificados 1270 casos de varicela, sendo 612 do sexo masculino e 658 do sexo feminino.

O maior número de casos de varicela registou-se, como é habitual nesta doença, no grupo etário 0-4 anos (417 casos); também a taxa de incidência anual neste grupo foi a mais elevada (4036.8/10⁵). Nos grupos etários seguintes a taxa de incidência vai decrescendo consistentemente até ao grupo etário 35-44 anos. A partir dos 45 anos de idade o número de casos de doença é muito reduzido⁵, pelo que não se justifica o cálculo das taxas de incidência.

QUADRO 1- Distribuição da taxa de incidência anual de varicela por sexo e grupo etário, nos utentes inscritos em *Médicos-Sentinela-1992* (/100 000).

Gr. Etário	Homens	Mulheres	
0-4	4172,2 (221)	3894,3 (196)	ns
5-9	2190,3 (180)	2379,7 (186)	ns
10-14	1298,0 (96)	1620,9 (115)	p<0,05
15-24	402,9 (71)	544,9 (99)	p<0,01
25-34	203,6 (34)	295,3 (53)	p<0,05
35-44	61,5 (8)	44,0 (6)	ns
45-54	19,2 (2)	8,6 (1)	
55-64	- (0)	8,0 (1)	
65-74	- (0)	9,6 (1)	
75E+	- (0)	- (0)	
Total	595,4 (612)	582,6 (658)	ns

Número de casos entre parentesis.

Os resultados dos testes de significância dizem respeito à comparação entre os sexos.

A taxa de incidência bruta tem valores aproximados nos dois sexos, sendo de 595.4 para o sexo masculino, e 582.6 para o sexo feminino; considerando a distribuição por idade verifica-se que nos grupos etários 0-4 e 35-44 anos a taxa de incidência é maior no sexo masculino do que no feminino, enquanto que nos outros grupos é superior no sexo feminino; no entanto só existe uma diferença estatisticamente significativa entre os dois sexos nos grupos etários 10-14, 15-24, e 25-34 anos.

A distribuição do número de casos de varicela por idade, ano a ano, em crianças com menos de 15 anos, é a seguinte:

Observa-se, assim, que o número de casos notificados de varicela aumenta a partir de 1 ano até à idade de 4 anos

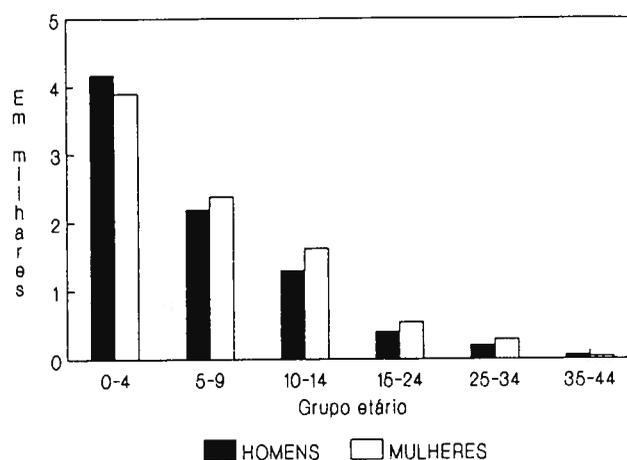


Fig. 1 - Taxa de incidência anual de varicela nos utentes inscritos nos *Médicos-Sentinela-1992* (/100 000).

onde tem o seu valor máximo (108), e decresce depois progressivamente.

Verifica-se que a proporção de casos em crianças com idade compreendida entre 4 e 6 anos é de 44.7%; e que a proporção de casos até à idade de 14 anos é de 78.3%.

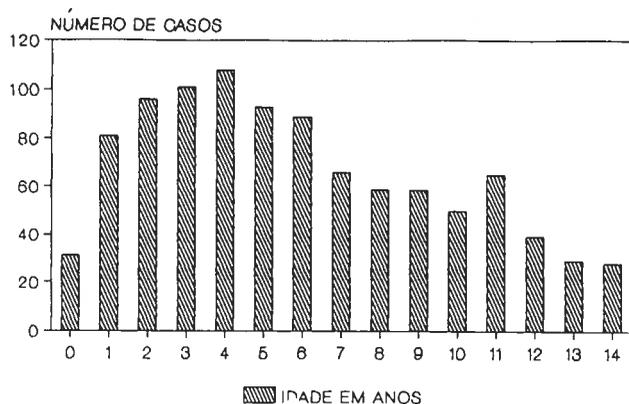


Fig. 2 - Distribuição do número de casos de varicela ano a ano - 1992 - (/100 000)

Hospitalização e Óbito - Foram registados 2 casos de varicela com hospitalização, 1250 em que não houve hospitalização e 18 casos omissos em relação a esta variável.

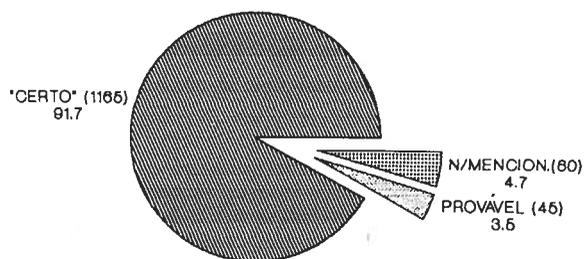
QUADRO 2- Distribuição dos casos de varicela por ocorrência de hospitalização.

Hospital	Não hospital	Não mencionado
2	1250	18

Ocorreu hospitalização numa criança do sexo masculino com menos de 1 ano de idade, e num adulto do sexo feminino com 35 anos de idade.

Não foram registados óbitos em 1253 casos de varicela, sendo os restantes 17 casos omissos em relação a esta variável.

Grau de Certeza do Diagnóstico - Relativamente ao grau de certeza do diagnóstico, evidencia-se que 91.7% dos casos foram notificados como diagnóstico certo; 3.5% como diagnóstico provável; e 4.7% são omissos em relação a esta variável.



NÚMERO DE CASOS ENTRE PARÊNTESES

Fig. 3 - Grau de certeza do diagnóstico de varicela nos utentes inscritos em Médicos-Sentinela em 1992 (/100 000)

DISCUSSÃO

Os dados e estimativas gerados por *Médicos-Sentinela* têm algumas limitações, respeitantes, nomeadamente, à representatividade da população sob observação, e aos numeradores e denominadores utilizados para os cálculos. Sobre a primeira, há a salientar que a população sob observação não é seleccionada como amostra aleatória da população portuguesa do território do Continente, e que só inclui utentes dos Centros de Saúde. Assim, seguramente que alguns grupos profissionais e estratos económicos elevados estarão sub-representados. Relativamente aos numeradores e denominadores, eles poderão estar sub ou sobre representados, dependendo de numerosos factores, nomeadamente, respeitantes à doença em estudo, ao médico que notifica, e às alterações das listas de utentes, etc.

Apesar destas limitações, os resultados obtidos através de *Médicos-Sentinela* têm vindo a revelar-se consistentes e coerentes com os resultados de vários trabalhos publicados, podendo admitir-se que são um contributo importante para o estudo da ocorrência de algumas doenças e situações com elas relacionadas.

Verifica-se que a incidência de varicela, em 1992, nos utentes inscritos nos *Médicos-Sentinela* tem uma distribuição por grupo etário e sexo semelhante à que está descrita noutros países.

Foi encontrada diferença significativa entre os dois sexos nos grupos etários compreendidos entre os 10 e os 34 anos, para a qual há várias interpretações possíveis: uma delas é a doença ter um comportamento diferente nos dois sexos, o que parece pouco provável, segundo a literatura existente sobre o assunto; outra, e talvez a mais provável, é que as adolescentes e mulheres com idade entre os 10 e os 34 anos que contraem varicela recorrem mais ao seu médico de família do que os indivíduos do sexo masculino nas mesmas circunstâncias¹³.

Observa-se que o maior número de casos notificados foi verificado em crianças com idade entre os 4-6 anos; não sendo possível obter uma estimativa dos denominadores, ano a ano, que permitiria o cálculo das taxas, e admitindo como provável que no total dos utentes inscritos em *Médicos-Sentinela* o número de crianças com cada uma das idades é semelhante, então a distribuição dos casos, por idade, poder ajudar à caracterização da ocorrência da varicela na população sob observação.

Como doença benigna que aparenta ser, não foi causa de morte em nenhum dos 1253 casos registados, e as hospitalizações foram raras.

Verifica-se que na grande maioria dos casos notificados (91.7%), o diagnóstico de varicela foi considerado como certo pelo médico de família.

Pela incidência preferencial nos indivíduos com menos de 14 anos e pela alta contagiosidade que a caracteriza, a infecção por VZV é motivo de frequente absentismo escolar prolongado, pelo que poder-se-á reflectir sobre as vantagens e desvantagens da inclusão da vacina no Plano Nacional de Vacinação⁶.

BIBLIOGRAFIA

1. FARRINGTON E: Acyclovir in the treatment of chickenpox, *Pediat Nurs* 1992; 18: 499-503

2. Control of Communicable Diseases in Man, Chickenpox - Herpes Zoster. 1990: 83-86
3. Controversy about chickenpox(edit.), Lancet.1992; 12: 639-40
4. Current Notes.Communicable Diseases and Environmental Health in Scotland Weekly Report.1993: 93 /27:1
5. TAKAHASHI-M: Current status and prospects of live varicella vaccine, Vaccine1992; 10: 1007-14
6. GERSHON AA: Varicella vaccine:still at the crossroads. Pediatrics. 1992;90(1 Pt 2):144-8
7. GERSHON AA, LARUSSA P, HARDY I, STEINBERG S, SILVERSTEIN S: Varicella vaccine:the American experience. J Infect Dis.1992; 166 Suppl 1: S63-8
8. WHITE CJ, KUTER-BJ, NGAI A, HILDEBRAND CS; ISGANITIS KL et al: Modified cases of chickenpox after varicella vaccination: cor relation of protection with antibody response. Pediat Infect Dis J 1992; 11: 19-23
9. GARNETT GP, GRENNFELL BT: The epidemiology of varicella-zoster virus infection: the influence of varicella on the prevalence of herpes zoster. Epidemiology Infect 1992; 108: 513-28
10. WATSON BM, PIERCY SA, PLOTTKIN SA, STARR SE: Modified chicken pox in children immunized with the Oka/Merck varicella vaccine. Pediatrics. 1993; 91: 17-22
11. JOSEPH CA,NOAH ND:Epidemiology of chickenpox in England Wales 1967-85. BMJ 1988; 296: 673-76.
12. Médicos Sentinela, Um Novo Olhar Sobre a Saúde 2. DGCSP. 1991; Nov:21-24.
13. MARINHO FALCÃO J, ROQUE C et al: Requisição de exames de Imagiologia em Clínica Geral (em fase de publicação)